DISSERTATION

N° 151.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 juin 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR N.-ANTÉNOR-ARSÈNE SEURE, de Margerie,

Département de la Marne;

Bachelier ès-sciences de l'Académie de Paris; ancien Élève des hôpitaux civils de la même ville; ex-Élève de première classe de l'École pratique.

Si la santé est le premier des biens, la médecine doit être le premier des arts.

CABANIS.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, Suppléant.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Examinateur.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL, Président.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, Examinateur.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD.
	CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe), Examinateur.	Laugier.
Briquet, Examinateur.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné), Suppléant.
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage d'amour filial, de respect et de reconnaissance.

A LA MÉMOIRE

DE MA SOEUR CLOTILDE.

Regrets éternels !!!

A MES FRÈRES ET SOEURS.

Gage d'amitié.

N.-A.-A. SEURE.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0005vari

AVANT-PROPOS.

Je ne me déguise pas tout ce que peut inspirer de préventions défavorables le titre de la Thèse que je viens soumettre aujourd'hui à l'examen de mes maîtres. La pneumonie est une des maladies qui sont le mieux connues; elle a été l'objet de recherches multipliées, et le sujet d'une foule de dissertations inaugurales; je ne l'ai pas crue néanmoins indigne de mes méditations. Dans notre siècle de scepticisme, un grand nombre de questions médicales qui n'étaient pas contestées par nos prédécesseurs ont été mises en doute : la plupart des maladies donnent encore lieu aux discussions du plus haut intérêt. Ne sait-on pas, en effet, pour ce qui regarde le sujet qui nous occupe, que quelques espèces symptomatiques de la pneumonie admises par *Stoll* et ses disciples ont été rejetées de nos jours? N'avons-nous pas vu, il y a peu, un savant observateur douter de l'efficacité des émissions sanguines dans l'inflammation du poumon, et proscrire entièrement la méthode révulsive du traitement de cette affection? Enfin, la doctrine de l'école italienne, adoptée par les uns, absolument repoussée par les autres, n'a-t-elle pas exercé une grande influence sur la thérapeutique de la phlegmasie pulmonaire? Tout n'est donc pas dit, ainsi que le pensait Labruyère, et la médecine nous offre encore un vaste champ à moissonner.

Ainsi, que doit-on entendre par ces mots *pneumonie bilieuse*, et quelle est surtout leur importance en thérapeutique? Quels sont les avantages et les limites de la saignée dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire? Quel cas doit-on faire des vésicatoires? Quels services peuvent rendre les préparations antimoniales, et en particulier le tartre stibié à haute dose? Telles sont les questions qui me paraissent devoir être élucidées par de nouvelles recherches. C'est sur ces points que j'insisterai le plus, me proposant de m'étendre moins sur la symptomatologie et le diagnostic, qui ne laissent rien à désirer après les admirables travaux de *Laennec* et de M. le professeur *Andral*.

Puissé-je, en formulant les résultats de mes lectures et de mes observations, obtenir l'approbation de mes juges!

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

L'INFLAMMATION du parenchyme pulmonaire, généralement connue aujourd'hui sous le nom de *pneumonie*, du grec *πνεύμων*, *poumon*, a reçu tour à tour les dénominations de *fièvre catarrhale*, de *péripneumonie*, de *fièvre péripneumonique*, de *pulmonie*, de *pneumonite*, et de *pneumophlégie ;* on l'appelle vulgairement *fluxion de poitrine*. *Triller*, pensant que la phlegmasie du poumon était constamment accompagnée de celle de la plèvre, lui avait donné le nom de *pleuro-pneumonie ;* mais depuis *Morgagni* et *Valsalva*, ces deux maladies occupent un rang différent dans les traités de pathologie.

La pneumonie est une des affections les plus anciennement connues. On la trouve décrite dans les œuvres d'*Hippocrate ;* à la vérité, ce grand homme n'établit pas d'une manière assez précise les caractères qui la distinguent de la pleurésie. *Arétée* signale cette distinction, et expose avec beaucoup de détails l'histoire de la pneumonie. *Cœlius Aurélianus* en parle aussi fort longuement. A une époque moins éloignée de nous, *Boërhaave* et *Stoll*, aidés des lumières de l'anatomie pathologique, ont fait subir d'importantes modifications aux travaux de leurs prédécesseurs. Cependant il restait encore beaucoup

à faire après eux. Avant le précieux avantage de l'auscultation, l'existence de la pneumonie restait douteuse dans un grand nombre de cas ; mais les belles découvertes du célèbre *Laennec*, et les recherches plus récentes de M. *Andral*, ont levé les grandes difficultés que présentait le diagnostic de cette maladie. Après ce court aperçu des révolutions qui ont successivement changé la face de l'histoire de l'inflammation des poumons, je me hâte d'arriver à l'exposition des désordres qui en traduisent l'existence sur le cadavre.

Caractères anatomiques.

Trois degrés doivent être admis dans la pneumonie aiguë, pour étudier avec méthode les altérations pathologiques qu'elle présente. Le premier degré a reçu le nom d'*engouement*, le second degré celui d'*hépatisation rouge ;* enfin les auteurs ont désigné le troisième degré sous le nom d'*hépatisation grise*. Dans l'engouement, les vésicules pulmonaires sont encore perméables à l'air ; la perméabilité est incomplète ou tout à fait impossible lorsque le poumon est arrivé à l'état d'hépatisation. Examinons l'un après l'autre les caractères propres à ces différens états.

Dans son degré le plus faible d'inflammation, le poumon présente une teinte rouge vermeille, quelquefois brune ou violacée. Lorsqu'on le coupe, il s'écoule de la surface des incisions un liquide spumeux, séro-sanguinolent ; c'est d'après la nature de ce liquide que quelques nosologistes ont proposé de substituer à la dénomination d'*engouement* celle de *congestion séro-sanguine*. Le poumon, pressé entre les doigts, crépite, moins cependant que dans l'état sain ; sa consistance est déjà modifiée ; il s'écrase facilement lorsqu'on le comprime. Ce caractère peut servir à faire distinguer le premier degré de la pneumonie de l'engouement qui survient peu de temps avant la mort ; car, dans ce cas, le poumon n'a rien perdu de sa consistance ordinaire. Quoique plus pesant qu'à l'état normal, il demeure à la surface de l'eau dans laquelle on le plonge. Si on le dessèche, il peut se faire

qu'il n'offre aucune altération de couleur ; mais si l'engouement est plus considérable, les parois des cellules conservent plus de rougeur; elles sont en même temps assez largement dilatées. Au milieu de cette congestion séro-sanguine, on remarque çà et là quelques points plus résistans, plus durs, qui indiquent le passage du premier au second degré.

Arrivé au second degré, le poumon est imperméable à l'air d'une manière complète ou seulement imparfaite ; cette imperméabilité est due à l'afflux du sang qui remplit les vésicules. Dans ce cas, les surfaces incisées du poumon sont assez semblables au parenchyme du foie gorgé de sang : de là le nom d'*hépatisation rouge*, que quelques auteurs ont voulu remplacer par les mots d'*endurcissement rouge*, de *splénisation*, de *carnification*, de *ramollissement rouge*. A l'extérieur, la couleur du poumon est à peu près la même que dans le premier degré; cependant elle présente, chez quelques individus, des modifications qu'il est bon de connaître : tantôt elle est grise, d'autres fois violette; dans quelques cas, elle offre une teinte rouge uniforme, assez souvent mêlée de marbrures plus ou moins prononcées; de plus, on voit se dessiner les petites bronches, les vaisseaux sanguins, les cloisons celluleuses interlobulaires, et, chez les vieillards, la matière noire, dont la quantité varie infiniment. Le tissu pulmonaire déchiré est remarquable par un aspect grenu, qui pourtant n'est pas constant. Les parties hépatisées ne conservent aucune trace de crépitation ; lorsqu'on les incise, elles ne laissent écouler qu'une très-petite quantité de liquide entièrement privée d'air; elles jouissent d'une très-grande friabilité. Outre ces altérations, on voit que la densité du poumon a été notablement modifiée ; cet organe, en effet, se précipite rapidement au fond de l'eau. En même temps qu'il acquiert plus de pesanteur, son volume devient plus considérable. *Laennec* et un grand nombre de médecins ont nié la possibilité de cette augmentation de volume ; ils soutiennent qu'elle ne peut exister que lorsque les deux poumons ont éprouvé la pression atmosphérique : alors, suivant eux, le poumon malade conserve ses di-

mensions, tandis que celles du poumon sain sont manifestement diminuées. Les choses se passent ainsi dans la plupart des cas ; mais le poumon peut acquérir un tel volume pendant la vie, qu'il presse les côtes et conserve des traces de leur impression, ainsi que l'ont observé MM. *Broussais* et *Scoutetten*. *Frank* en avait parlé d'une manière spéciale. D'autres fois le poumon refoule les parties restées saines, et se développe aux dépens du diaphragme, qu'il repousse en bas, ou bien il comprime les lames du médiastin. Les parois des cellules pulmonaires sont épaissies, d'un rouge intense ; autour d'elles, le tissu cellulaire est engorgé, comme carnifié; ses aréoles sont moins larges ou complètement effacées.

Au lieu de sang, on peut trouver du pus dans le poumon lorsque le travail inflammatoire est plus avancé. Dans ce cas, le parenchyme pulmonaire est lourd, compacte, non crépitant, et toujours imperméable à l'air : c'est ce qui constitue l'*hépatisation grise*, l'*infiltration purulente* de quelques auteurs, et le *ramollissement gris* de M. *Andral*. Le poumon a perdu la couleur rouge qu'il avait dans le degré précédent; il apparaît avec une teinte grisâtre ; il est grenu, et sa consistance est extrêmement friable; si on l'incise, le comprime ou le déchire, il en sort beaucoup de pus, qui s'écoule en flots ou en nappe, et qui est mêlé quelquefois à une petite quantité de sang. Les molécules placées entre le pus sont ramollies, peu résistantes, en sorte qu'on peut, par la pression, rassembler tout ce liquide en un seul foyer : le poumon reprend alors sa couleur naturelle, son parenchyme est encore conservé; mais à une période plus avancée, le tissu du poumon est détruit ; on ne trouve plus que des filamens très-lâches, ressemblant assez à la trame du poumon de quelques animaux. C'est dans les mailles du tissu cellulaire qu'a lieu l'infiltration purulente ; elle peut se former très-rapidement, du quatrième au cinquième jour après l'invasion de la maladie. Le pus peut encore se montrer ailleurs ; des observations récentes ont démontré à M. *Andral* sa présence dans les ramifications de l'artère pulmonaire.

On ne trouve pas toujours le pus infiltré d'une manière uniforme

dans toute l'étendue du poumon ; il peut être rassemblé en un seul foyer, et donner lieu à des abcès. *Stoll* et *Boërhaave* croyaient cette terminaison beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est en effet ; elle a été niée de nos jours. Cependant M. *Chomel* l'a observée deux fois. *Laennec* compte pour sa part cinq cas où il a trouvé des abcès dans le poumon. J'ai eu occasion de voir, il y a deux ans, dans les salles de M. *Andral*, à l'hôpital de la Pitié, un jeune enfant qui succomba à une pneumonie aiguë, et dans les poumons duquel on trouva un assez grand nombre de petits foyers purulens, disséminés, dont les plus considérables égalaient le volume d'une grosse lentille. De semblables abcès ont été observés du douzième au dix-septième jour de la maladie, un plus grand nombre du dix-septième au vingtième jour. M. *Martin-Solon* a vu un abcès du poumon qui s'ouvrait dans une poche accidentellement formée au milieu de la plèvre. M. *Louis* a trouvé sur un sujet un abcès qui ne tenait plus au poumon que par un pédicule très-étroit. Le nombre des abcès qui surviennent dans un poumon enflammé varie beaucoup : il peut se faire qu'il n'y en ait qu'un seul ; d'autres fois ils existent en grand nombre. Leur volume est variable depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'un gros pois. On les trouve le plus souvent à la partie centrale du poumon ; quelquefois cependant ils occupent les lobes inférieurs et supérieurs. Les âges ne paraissent point avoir d'influence sur leur formation ; ils se développent, dans quelques cas, d'une manière chronique.

Les différens degrés que l'on observe dans la phlegmasie de poitrine peuvent exister isolément ; mais le plus souvent on les trouve réunis chez le même individu. Ainsi, dans un même poumon, quelques parties sont engouées ; d'autres sont le siége de l'hépatisation rouge ; d'autres enfin sont en pleine suppuration. Cette coïncidence tient à ce que tous les points du poumon ne sont pas affectés simultanément, ou bien encore à ce que l'inflammation n'a pas marché avec la même rapidité dans toutes les parties envahies. Il n'est pas rare de trouver dans les points intermédiaires le passage d'un degré à

l'autre. Il peut se faire que les trois degrés de la pneumonie existent dans un même poumon sans que l'examen extérieur de ce viscère les fasse reconnaître.

Il est très-rare de voir la pneumonie se terminer par gangrène ; ce cas néanmoins n'est pas sans exemple. Le poumon qui est le siége de la gangrène, présente une couleur grisâtre, d'un gris sale ou noir ; il répand une odeur extrêmement fétide et désagréable. Les portions gangrénées tiennent encore au poumon dans certains cas ; d'autres fois elles en sont complètement séparées. La chute des parties frappées de gangrène donne lieu à un ulcère qui peut se cicatriser sans que la maladie fasse de nouveaux progrès. *Haller* et *Ritchter* rapportent des cas de sphacèle du poumon à la suite de l'inflammation aiguë de cet organe. Dans une de ses leçons, à la Faculté, M. *Andral* a dit qu'on avait vu, dans un cas, la gangrène survenir le dix-septième jour de la maladie, tandis que la mort n'avait eu lieu que le vingt-septième ; que chez un autre individu la gangrène s'était montrée le vingt-unième jour, et que la mort n'était arrivée que deux mois après.

Ces altérations ne sont pas les seules qu'on rencontre habituellement ; elles s'accompagnent d'autres lésions dont l'existence est presque constante : ces dernières sont relatives aux bronches et à la plèvre. Du côté des bronches, on remarque qu'elles sont généralement rouges ; cependant les dernières ramifications peuvent être seules injectées, tandis que les grosses branches conservent leur couleur normale. Dans la plupart des cas, la plèvre ne reste pas étrangère aux désordres du poumon : les altérations dont on la trouve affectée sont une injection plus ou moins vive, des fausses membranes, un épanchement de sérosité limpide, quelquefois sanguinolente, d'autres fois mêlée de pus, suivant le degré de l'inflammation.

Siége.

Plusieurs questions relatives au siége de la pneumonie sont encore en litige. Quelques auteurs pensent que cette maladie a spécialement

son siége dans le tissu cellulaire intervésiculaire; d'autres soutiennent que l'inflammation occupe les vésicules elles-mêmes. Je pense que dans le principe la phlegmasie est bornée aux vésicules pulmonaires, et que bientôt, faisant de grands progrès, elle gagne de proche en proche la couche de tissu cellulaire qui les environne. Mais ce qu'il y a de plus positif, c'est que rarement les deux poumons sont enflammés à la fois; ordinairement la pneumonie n'en affecte qu'un seul. Dans ce cas, elle peut être bornée à quelques vésicules (*pneumonie vésiculaire, granulation rouge*), s'étendre à tout un lobule (*pneumonie lobulaire, pneumonie disséminée*), ou bien enfin occuper la totalité d'un lobe (*pneumonie globulaire*). La pneumonie lobulaire peut exister à la superficie du poumon, à la face diaphragmatique, à la racine, au centre, suivant le trajet des grosses bronches ou des gros vaisseaux. On conçoit toute l'importance de ces divisions, qui d'ailleurs ne sont que l'expression des faits, pour le diagnostic de la maladie qui nous occupe. De nombreuses observations ont prouvé que les lobes supérieurs du poumon sont moins souvent enflammés que les inférieurs, et que des deux poumons c'est le droit qui compte le plus grand nombre de phlegmasies. *Morgagni*, jugeant d'après ses observations et celles de *Valsalva*, pensait que le poumon droit et le poumon gauche se trouvaient à peu près également compromis; mais on sait que *Morgagni* a tiré cette conséquence de cinquante cas seulement. Or, un pareil nombre de faits ne peut détruire la loi qui est généralement admise.

Causes.

Elles comprennent deux séries: dans la première, j'énumère les influences qui viennent du dehors; dans la seconde, je passe en revue les causes prises au sein de l'individu lui-même.

1°. *Influences extérieures.* La pneumonie ne se développe pas également dans tous les pays; sa fréquence et son intensité sont loin d'être les mêmes dans les diverses régions du globe. *Frédéric Hoffmann*

dit qu'elle s'est présentée sous la forme endémique en Suède, en Russie et en Danemark. Plusieurs auteurs, entre autres *Stoll*, *Frank* et *Cullen*, citent des épidémies de péripneumonie. Il est reconnu que c'est dans les pays méridionaux qu'elle se montre le moins souvent. Elle n'est pas connue aux Indes-Orientales; on la remarque quelquefois aux Antilles, un peu plus fréquemment à Corfou; et si on remonte vers le nord, on voit qu'elle devient de plus en plus commune. *Huxham* rapporte que pendant une épidémie qu'il eut occasion d'observer, les individus qui habitaient des lieux bas et humides étaient affectés de catarrhe, tandis que ceux qui se trouvaient dans des points plus élevés et plus froids étaient pris de pleuro-pneumonie. Cette maladie n'est pas rare en Italie; à la clinique de Pavie, on a remarqué que sur dix malades il y en avait un affecté de pneumonie. Elle est moins fréquente aux îles Ioniennes: là, en effet, elle ne se trouve que dans la proportion d'un sur trente-sept malades. Mais dans un même pays, sa fréquence varie beaucoup suivant les années: ainsi, sur onze années d'observations recueillies à la clinique de Pavie, on a trouvé qu'il y avait eu, la première année, un pneumonique sur cinq malades; la seconde année, un sur seize; la troisième, un sur huit; la quatrième, un sur sept; la cinquième, un sur onze; la sixième, un sur quinze; la septième, un sur seize; la huitième, un sur dix-sept; la neuvième, un sur quarante-trois; la dixième, un sur vingt-six; et enfin pour la onzième année, il n'y avait qu'un seul pneumonique sur cinquante-huit malades. La pneumonie se manifeste souvent à Rome; elle est très-commune à Paris, plus encore à Wilna, où *J. Frank* a observé que pendant deux années elle a atteint, la première, le septième, et la seconde, le huitième des malades. Sous le rapport de son intensité, la pneumonie est aussi grave dans les pays chauds que dans les contrées septentrionales. Relativement aux mois, on sait qu'en France sa plus grande fréquence est dans les mois de janvier, mars et avril. *Betman*, en Angleterre, a reconnu qu'elle est aussi plus commune dans les saisons froides que par les temps chauds. En Italie, le maximum de fréquence est en hiver et

au printemps ; aux Antilles , c'est lorsque les habitans s'exposent à des courans d'air assez violens. Dans une même saison, les variations brusques de température, le froid et la pluie favorisent davantage le développement de cette affection.

A côté des causes précédentes il faut placer l'abus des liqueurs alcoholiques, stimulantes, la respiration de vapeurs irritantes, les violences extérieures portées sur le thorax, les grandes opérations chirurgicales. On a dit que la morsure du serpent à sonnettes avait la propriété de faire naître une fluxion de poitrine. Nous ne connaissons pas bien l'influence des professions sur le développement de cette maladie; cependant on considère comme y prédisposant le plus celles de charpentier, de boulanger, de domestique, de maçon, et celle de tailleur, suivant *Stoll* et *Avenbrugger*.

2°. *Influences intérieures*. Parmi les causes intérieures, celles qui occasionent le plus souvent la pneumonie sont : la présence de tubercules dans le poumon; l'apparition de quelques exanthèmes cutanés accompagnés de fièvre, comme la variole, la scarlatine et la rougeole; l'entérite folliculeuse ; le refoulement du sang de l'extérieur à l'intérieur pendant le frisson d'une fièvre intermittente; la répercussion brusque de la transpiration; la suppression d'une hémorrhagie habituelle ; la métastase rhumatismale, dartreuse, etc..... Le pus formé dans les vaisseaux eux-mêmes et congestionné dans le poumon, a pu produire l'inflammation de cet organe. On a encore vu la pneumonie survenir pendant la convalescence d'une autre maladie avec épuisement des forces. Plusieurs fois on l'a vue se développer pendant l'agonie, ce qui lui a valu, dans ce cas, le nom de *pneumonie des agonisans*. Aucun âge n'en est exempt: elle se montre chez de très-jeunes enfans aussitôt après la naissance; elle est assez fréquente dans la jeunesse; elle est plus commune chez les adultes et les vieillards. Par rapport aux sexes, on sait que les hommes y sont plus sujets que les femmes ; sur quatre-vingt-dix-sept cas, observés par M. *Chomel*, les hommes y sont compris pour le nombre de soixante-

treize, tandis qu'on ne compte que vingt-quatre femmes. On a dit que la suspension volontaire ou accidentelle de la respiration, qu'un exercice prolongé de la voix, et qu'un violent accès de colère, pouvaient déterminer la pneumonie.

Cependant l'inflammation du poumon peut se développer en l'absence de toutes les causes qui viennent d'être énumérées ; elle peut affecter plusieurs fois le même individu sans que l'on puisse soupçonner aucune autre influence qu'une prédisposition intérieure inappréciable. M. *Chomel* a vu un homme qui eut dix péripneumonies sur lesquelles il donnait les renseignemens les plus précis. Un Allemand, si l'on en croit *Rush*, aurait été pris vingt-huit fois de cette maladie.

Symptômes locaux.

Un des premiers phénomènes qui apparaissent chez les individus affectés de pneumonie est la toux. Elle manque quelquefois complètement, mais ce cas est rare; le plus souvent elle existe, et son intensité est en général très-grande. Cependant, dans plusieurs circonstances, elle est légère, peu pénible; elle est sèche d'abord, puis elle s'accompagne de crachats qui doivent être étudiés au début, au milieu et à la fin de la maladie.

Au début, l'expectoration est nulle ou constituée par de simples mucosités. Vers le troisième jour, quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard, elle se présente sous forme de crachats transparens, visqueux, tenant fortement aux dents et aux lèvres du malade, et mêlés de bulles d'air. Incolore dès le principe, le mucus devient ensuite couleur *rouille de fer;* dans quelques cas il est rouge, jaune ou jaune verdâtre. Ces diverses nuances dépendent de la combinaison intime d'une quantité plus ou moins grande de molécules du sang avec celles du mucus. Si la résolution tend à s'accomplir, les crachats reprennent les qualités qu'ils ont dans le catarrhe pulmonaire aigu commençant. A la fin de la maladie, l'expectoration peut manquer complètement; il est des cas où elle continue à se faire pendant un temps va-

riable, bien que tous les symptômes de la pneumonie aient disparu. Si la maladie est plus grave que dans le cas précédent, la viscosité des crachats est plus grande; ils sont très-adhérens aux parois du vase, leur teinte rouge est plus prononcée; ils se prennent quelquefois entre eux sous forme de gelée tremblante; dans d'autres cas, ils sont aqueux et ressemblent assez à du *jus de pruneaux :* ce caractère, ainsi que l'a très-bien fait observer M. le professeur *Andral*, indique le travail de suppuration qui s'opère dans le poumon. Au lieu de conserver leur transparence, les crachats peuvent devenir opaques, d'un gris-rougeâtre, lorsque la maladie augmente de gravité : dans ce cas, il peut encore arriver que l'expectoration se supprime entièrement.

De toutes ces variétés de crachats, aucune n'indique d'une manière certaine que la pneumonie est à tel ou tel degré; cependant, lorsque l'inflammation se termine par gangrène, les matières expectorées répandent une odeur très-caractéristique; elles sont fétides, et tirant, pour la couleur, sur le gris-cendré; mais cette fâcheuse terminaison peut entraîner la mort du malade sans que les crachats présentent le moindre aspect gangréneux.

L'expectoration manque quelquefois pendant tout le cours de la pneumonie; ce cas s'observe le plus souvent lorsque la maladie est primitive ou intercurrente. *Cullen* pensait qu'il était très-rare qu'une phlegmasie du poumon avec absence de crachats se terminât par résolution; *Frank* a vu plusieurs malades guérir malgré l'absence de ce phénomène. Disons en terminant ce qui a rapport aux crachats qu'ils sont, dans plusieurs cas, le seul signe qui annonce l'existence d'une pneumonie.

En même temps que les malades toussent, leur respiration subit ordinairement de grandes modifications : elle s'accélère et devient très-difficile; cependant la dyspnée peut être nulle chez quelques individus. Le plus souvent elle existe, et alors elle est très-variable relativement à son intensité. En général, la gêne de la respiration est en rapport avec l'étendue et la gravité des lésions du poumon; on trouve

néanmoins de nombreuses exceptions à cette règle. Sans que l'on sache trop à quoi en attribuer la cause, on voit des pneumonies au premier degré, et peu étendues, donner lieu à une gêne extrême de la respiration; tandis que d'autres, qui occupent une portion de poumon beaucoup plus grande, et qui sont avancées au second et même au troisième degré, n'occasionent qu'une dyspnée beaucoup moins grande. Quelques médecins ont dit que, toutes choses égales d'ailleurs, la difficulté de respirer était plus considérable dans le cas de phlegmasie des lobes supérieurs; je n'ai pas eu occasion de constater cette différence : du reste, il n'y a rien de plus variable que ce symptôme. Dans un premier degré, la dyspnée n'est pas appréciable pour le malade; seulement le médecin reconnaît que les mouvemens respiratoires sont plus accélérés et que les côtes s'élèvent plus haut que dans l'état de santé. Dans un second degré, elle est sensible pour le malade lorsqu'il veut se lever ou parler. Enfin, dans un troisième degré, elle se fait sentir sans que le malade fasse aucun mouvement ou sans qu'il parle. Elle s'accompagne presque toujours de la dilatation des fosses nasales pendant l'inspiration.

J'ai dit plus haut que la respiration devenait plus fréquente; en effet, on compte de quarante à soixante, et même soixante-dix mouvemens respiratoires par minute; l'accélération de la respiration est, en général, en rapport avec l'intensité de la dyspnée. Dans un espace de temps donné, le nombre des inspirations est plus grand, proportionnellement, que celui des battemens du cœur; au lieu d'être accélérée, la respiration est quelquefois ralentie et extrêmement haute. On voit dans quelques cas la dyspnée disparaître lors même que la pneumonie n'est pas encore entièrement terminée; d'autres fois elle persiste après que la plupart des autres symptômes ont disparu, mais alors elle ne se fait sentir que quand le malade exécute quelques mouvemens.

La douleur est peu vive dans la pneumonie; les malades accusent plutôt un sentiment de gêne, un malaise intérieur dans l'un ou l'autre côté du thorax, qu'une véritable douleur. On la voit assez

souvent manquer complètement; dans le cas où elle existe, elle est profonde et rapportée par les malades au centre du parenchyme pulmonaire. Passons maintenant aux renseignemens que fournissent la percussion et l'auscultation.

Signes tirés de la percussion. Avenbrugger, et après lui *Corvisart*, ont beaucoup vanté la percussion dans les maladies des organes renfermés dans la poitrine : ce moyen est mis en usage aujourd'hui par tous les médecins; il est très-utile pour le diagnostic de la pneumonie, quoique les renseignemens qu'il procure ne soient pas exclusivement applicables à cette maladie. Au début de la phlegmasie, les résultats de la percussion sont purement négatifs : ce cas est le plus commun; cependant la sonoréité de la poitrine peut être modifiée dès le premier jour. A côté de ces cas il en est d'autres où la pneumonie se termine sans que la percussion ait indiqué l'état morbide du poumon. Quelle que soit l'époque à laquelle se manifeste la modification du son thoracique, on reconnaît que d'abord celui-ci est un peu moins clair qu'à l'état normal, que peu à peu il s'obscurcit davantage, et qu'il finit par devenir tout à fait mat; il faut dire cependant que cette matité est rarement aussi prononcée que celle que produit la percussion sur la cuisse.

M. *Bouillaud* a dernièrement constaté, à la clinique de la Charité, l'existence du bruit humorique (*bruit de pot fêlé*) sur un malade affecté d'une phlegmasie aiguë de tout le poumon gauche. Ce bruit, qui n'avait pas encore été signalé dans la pneumonie, s'entendait au milieu de l'espace qui sépare la clavicule du sein gauche. (Lancette, tome VII, n°. 50.)

Signes fournis par l'auscultation. Les signes fournis par l'auscultation ont un avantage immense sur ceux que l'on obtient par la percussion; car, lors même que le son de la poitrine n'est altéré en aucune façon, déjà l'oreille révèle l'existence du premier degré de la pneumonie. Pour étudier avec profit les phénomènes que l'on dé-

couvre au moyen de l'auscultation, il faut se rappeler les altérations que présente le poumon sur le cadavre. Nous avons vu que l'air ne pénétrait pas également dans les vésicules aux diverses périodes de la maladie, et qu'il y avait une époque où l'imperméabilité était complète. Voyons donc les modifications qu'entraîne cette différence du côté du bruit respiratoire.

Si, le poumon étant encore perméable à l'air, on applique l'oreille nue ou armée du stéthoscope sur la poitrine du malade, on entend un bruit désigné par *Laennec* sous le nom de *râle crépitant*, et par M. *Andral* sous celui de *râle vésiculaire*. Ce bruit a été comparé au pétillement que produit le sel commun jeté sur des charbons ardens, au froissement de deux lames de parchemin l'une contre l'autre; il ressemble assez bien aussi au bruit que fait entendre un poumon emphysémateux pressé entre les doigts, ou à celui qu'occasione l'insufflation brusque d'une vessie. M. *Andral* a fait remarquer qu'on pouvait l'imiter assez fidèlement en froissant une mèche de cheveux dans le voisinage de l'oreille. Quoi qu'il en soit, le râle crépitant a son siége à la terminaison des ramifications bronchiques.

Deux causes concourent à la production de ce phénomène : l'engorgement des parois des vésicules pulmonaires et l'épanchement d'un liquide au milieu de ces mêmes vésicules. La première paraît exister seule au début de la maladie, lorsque le poumon est œdématié; la seconde n'agit qu'un peu plus tard, à mesure que la sérosité s'accumule à l'intérieur des vésicules. Le râle crépitant peut s'observer dans certaines bronchites; il n'annonce donc pas exclusivement l'existence de la pneumonie.

Il n'y a rien de constant dans son mode d'apparition; le plus souvent il se montre dès le début de la maladie, et persiste plus ou moins longtemps avec divers degrés d'intensité. Voici, au reste, les principales variétés qu'il peut offrir. Chez quelques malades, il est seulement appréciable par intermittences et à des intervalles plus ou moins éloignés; chez d'autres, il revient à la fin d'une inspiration profonde;

dans quelques cas, il se fait entendre dans la respiration ordinaire, et alors il est continu; d'autres fois enfin, il existe sans interruption, et remplace complètement le bruit respiratoire. Relativement à son étendue, il peut être borné à un seul point, ou être disséminé dans plusieurs parties ou dans toute l'étendue du poumon. Il peut persister seul jusqu'à la fin de la pneumonie; alors il disparaît insensiblement et finit par être entièrement remplacé par le bruit d'expansion pulmonaire; dans quelques circonstances, on le voit cesser brusquement et d'une manière complète; quelquefois il s'efface pendant un temps variable pour reparaître ensuite. Tous les signes de la pneumonie n'existant plus, il peut se faire qu'on entende encore le râle crépitant; ce cas a lieu lorsqu'un œdème s'est développé à la suite de l'inflammation.

Aussitôt que le poumon ne se laisse plus pénétrer par l'air, le râle crépitant disparaît. Alors deux cas peuvent se présenter : ou bien le bruit respiratoire est nul (ce qui arrive rarement), ou bien il est remplacé par un autre phénomène connu sous les noms de *respiration bronchique, respiration tubaire, souffle tubaire.* La respiration bronchique peut ressembler à la respiration puérile, ou au bruit que fait l'air en entrant dans la trachée-artère. Dans une troisième variété, tantôt elle imite le bruit que l'on produit en expirant brusquement dans un tube fermé à l'une de ses extrémités; d'autres fois elle simule le souffle à voix basse d'une personne qui serait à côté du malade; enfin, elle peut être modifiée de telle sorte, qu'un voile semble être interposé entre la poitrine et l'oreille : c'est cette variété qui constitue le *souffle voilé* de *Laennec.* Cette respiration bronchique peut s'entendre également dans l'inspiration et l'expiration; la percussion rend un son mat là où elle existe. On la voit quelquefois accompagnée des râles crépitant et sous-crépitant.

Ce ne sont pas là les seuls signes que l'on retire de l'auscultation. Si on fait parler le malade pendant qu'on a l'oreille appliquée sur sa poitrine, on remarque un autre bruit, auquel les auteurs ont donné le nom de *bronchophonie.* Ce symptôme, suivant *Laennec*, ne s'en-

tend guère que quand l'inflammation occupe la racine ou le sommet du poumon. *Laennec* dit avoir souvent indiqué du doigt, à l'aide de ce signe, avant l'ouverture du cadavre, le point unique où une péripneumonie centrale avait gagné la surface du poumon. Cet auteur fait aussi remarquer que la bronchophonie est toujours plus faible vers la base du poumon, à cause du petit calibre des ramifications bronchiques en ce point. Si la pneumonie se termine par gangrène, ou si elle donne naissance à des tubercules pulmonaires, et qu'il en résulte des cavernes au milieu du parenchyme pulmonaire, on pourra entendre du *gargouillement* et de la *pectoriloquie;* la respiration et la toux deviendront alors *caverneuses.*

Mais il s'en faut de beaucoup que la pneumonie se présente toujours escortée de tous les symptômes qui viennent d'être étudiés; sur dix cas, il y en aura quatre où les phénomènes précédens manqueront en partie ou en totalité. Lorsqu'un même poumon sera le siége des trois degrés réunis, on pourra reconnaître de ce côté, par l'exploration de la poitrine, toutes les modifications du bruit respiratoire. Il ne faudra pas négliger l'examen du côté sain dans le cas de pneumonie simple, car alors le bruit d'expansion pulmonaire du poumon sain est beaucoup plus fort qu'à l'état physiologique.

Symptômes généraux.

Un grand nombre de médecins ont dit que les pneumoniques se couchaient le plus souvent sur le côté affecté. Cette assertion est fausse, car il est d'observation que les malades choisissent beaucoup plus fréquemment le décubitus dorsal. Quelques-uns se placent sur le côté sain au début de l'inflammation, mais cette position est rare et ne dure d'ailleurs que peu de temps.

La circulation est troublée d'ordinaire dès le commencement de la maladie; il y a de la fièvre. Cette fièvre est un des symptômes généraux les plus remarquables. Dans la plupart des cas, elle accompagne la pneumonie dès son début, et s'annonce par un frisson de durée et

d'intensité variables. Elle cesse avant la fin de la phlegmasie, lorsque celle-ci se termine par résolution. Le pouls est large, plein, dur, développé ; dans quelques cas, au contraire, il est vite et serré ; il bat ordinairement de 100 à 120 fois par minute. Le sang se retire des extrémités pour se porter vers le tronc ; les membres inférieurs sont pâles ; le visage est rouge, assez souvent plus coloré du côté correspondant à celui du poumon envahi. Quelques auteurs regardent ce phénomène comme symptomatique de la pneumonie, mais il est vraisemblablement le résultat mécanique de l'attitude que prennent quelquefois les malades. Au lieu d'être injectée, la face peut être très-pâle, décolorée ; dans quelques circonstances, elle est violacée ; elle a une teinte jaune dans le cas de phlébite générale, lorsque le pus circule dans les vaisseaux. Notons ici que le sang tiré de la veine se couvre presque constamment d'une couenne blanche, rosée ou jaunâtre, d'une épaisseur qui varie entre deux et huit lignes.

Du côté de la digestion, on observe une diminution ou une perte complète de l'appétit ; la langue est blanche et humide ; la soif est peu intense ; il n'y a point de nausées ni de vomissemens ; les selles sont très-faciles. Tout cela se passe ainsi quand la pneumonie est simple ; mais s'il survient quelque complication du côté des voies digestives, des accidens plus ou moins graves pourront se manifester.

Quant aux sécrétions, elles subissent quelques troubles qu'il faut connaître. La peau est très-chaude, quelquefois sèche pendant toute la durée de la pneumonie ; ou bien (et c'est le cas le plus ordinaire) elle se couvre d'une sueur plus ou moins abondante. Lorsque la sécheresse de la peau est plus considérable que de coutume, on a à craindre une complication fâcheuse. Plusieurs individus sont couverts de sueurs pendant tout le cours de la maladie ; chez d'autres, la perspiration cutanée n'apparaît que sur les derniers jours. Quand les sueurs sont très-copieuses, elles sont dites *critiques* : dans ce cas elles ne peuvent qu'être favorables aux malades. L'urine est communément foncée en couleur. Les sécrétions des membranes muqueuses

et du foie peuvent être modifiées, mais alors les altérations dont ces parties sont le siége doivent être regardées comme des complications.

En général, les troubles de l'innervation sont peu considérables; une céphalalgie plus ou moins forte se fait sentir soit au début, soit pendant le cours de la maladie; il y a quelquefois de l'insomnie. Cependant les désordres du système nerveux peuvent être plus graves: ainsi on voit assez souvent les vieillards tomber subitement ou par degrés dans une prostration profonde. Le délire s'observe fréquemment, soit qu'il se montre par intervalles, soit qu'il existe d'une manière continue; dans le premier cas, il survient surtout vers le soir, au moment où tous les autres symptômes s'exaspèrent.

Prodrome.

Il est des cas où la pneumonie n'a pas de symptômes précurseurs et où elle débute d'une manière brusque. Le plus souvent elle est annoncée par un prodrome dont la durée et l'intensité varient beaucoup. Quelques malades éprouvent un malaise général, des lassitudes spontanées, de l'inappétence; d'autres sont pris tout à coup de tous les symptômes de la fièvre inflammatoire; chez plusieurs, la phlegmasie du poumon succède à une bronchite aiguë : M. *Chomel* l'a vue débuter ainsi, à l'hôpital de la Charité, chez le sixième des sujets. Dans les cas où elle débute subitement, les individus sont pris incontinent d'un violent frisson, d'oppression, d'une toux sèche et d'une douleur pongitive dans l'un des côtés de la poitrine. Cependant le frisson et la douleur manquent chez certains sujets; la maladie commence alors par un mouvement fébrile accompagné de chaleur âcre à la peau; bientôt les symptômes se développent successivement, s'accroissent, et déjà l'inflammation a fait une partie de sa marche. Il y a des cas où elle ne s'annonce que par une très-grande prostration des forces: tel est celui où elle présente la forme hypostatique.

Durée.

Soit qu'elle se termine spontanément, soit qu'elle ait cédé au traitement qui lui a été opposé, la pneumonie peut ne durer que deux ou trois jours. Lorsqu'elle a passé ce terme, elle va jusqu'au huitième ou neuvième jour; chez quelques malades elle se prolonge jusqu'au quinzième. Assez souvent on la voit ne se terminer qu'entre le troisième et le quatrième septénaire. Au-delà du quarante-cinquième jour, elle passe à l'état chronique. M. *Martin-Solon* a trouvé que sur quarante-un cas, la moitié avait cessé du sixième au quinzième jour.

Marche.

La marche de la phlegmasie du poumon est continue; il y a ordinairement des exacerbations vers le soir : l'oppression devient plus grande, la toux plus pénible, la fièvre plus intense; la nuit est très-mauvaise. Plusieurs auteurs, et *Stoll* est de ce nombre, ont décrit des péripneumonies intermittentes : cette forme n'est plus admise aujourd'hui. Voici l'ordre suivant lequel se succèdent ordinairement les symptômes de la pneumonie.

D'abord apparaît la douleur, suivie ou non de frisson; en même temps le malade éprouve de la gêne dans la respiration; il est pris d'une toux sèche et pénible; l'oreille, appliquée sur la poitrine, perçoit le râle crépitant; la sonoréité n'est pas encore altérée : la fièvre accompagne tous ces phénomènes. Le second ou le troisième jour, des crachats visqueux, plus ou moins chargés de rouille, sont expectorés; le râle crépitant est plus intense; alors aussi le son de la poitrine est modifié, il est moindre qu'à l'état normal; la dyspnée est plus forte; le malade se couche sur le dos. Dans cet état, l'inflammation peut rester stationnaire, diminuer peu à peu ou brusquement, ou bien encore faire de nouveaux progrès. Dans ce dernier cas, la difficulté de respirer devient de plus en plus grande; la mort peut

survenir ; mais il n'en est pas communément ainsi, la maladie passe à un degré plus avancé. Alors, nouvelle augmentation de la dyspnée; la respiration est courte et accélérée, la parole haletante ; les crachats ne peuvent être détachés du vase qui les contient ; la poitrine rend un son tout à fait mat; la respiration bronchique se fait entendre ; le pouls reste fréquent et plein, ou bien perd de sa force ; la mort peut survenir par asphyxie. Cependant la résolution peut encore avoir lieu ; on voit alors la matité du son disparaître, la respiration bronchique se dissiper, et on entend de nouveau le râle crépitant, qui lui-même ne tarde pas à être remplacé totalement par le bruit d'expansion pulmonaire ; les autres symptômes diminuent également, et tout rentre dans l'ordre. Mais, arrivée au degré précédent, la maladie peut encore continuer ses progrès ; dans ce cas ceux-ci sont annoncés par des crachats aqueux, couleur jus de pruneaux, et par l'aspect de la face, qui présente une extrême pâleur. M. *Chomel* a vu des crachats semblables aux précédens dès le second jour de la pneumonie.

Terminaison.

C'est ordinairement par le retour à la santé que se termine la phlegmasie aiguë des poumons. La guérison s'annonce par la diminution successive de tous les symptômes ; la douleur se dissipe peu à peu ; la toux devient plus faible ; le pouls se développe et cesse d'être fréquent ; l'expectoration a lieu sans difficulté ; des crachats épais, blancs ou jaunâtres, mêlés à un peu de sang, sont rendus en grande quantité ; la respiration est plus libre, moins fréquente ; la sonoréité normale de la poitrine se rétablit ; le bruit respiratoire, d'abord faible et borné à quelques points, reprend sa force et gagne chaque jour un plus grand espace.

On voit quelquefois la guérison survenir au milieu de sueurs abondantes, d'une diarrhée colliquative, ou après diverses hémorrhagies. D'autres phénomènes critiques peuvent encore s'observer au déclin de la maladie : tels sont le retour d'un rhumatisme, la sécrétion d'une

grande quantité d'urines sédimenteuses, l'apparition de dartres, d'un phlegmon, de furoncles, etc., etc. On trouve dans la Thèse de M. *Serres* l'observation d'un homme qui eut plusieurs pneumonies, dont la résolution s'opérait en même temps qu'un érysipèle apparaissait à l'une et à l'autre jambe.

Pendant la convalescence, on entend parfois le râle crépitant dans un ou plusieurs points de la poitrine; mais la persistance de ce phénomène n'empêche pas ordinairement les forces de se rétablir d'une manière prompte. Il n'est pas rare de voir certains individus paraissant très-bien guéris, être repris de tous les accidens de la pneumonie. Dans ce dernier cas, le malade languit pendant long-temps; des tubercules pulmonaires peuvent se développer chez lui pour la première fois.

Nous avons déjà vu que l'issue de la pneumonie n'était pas toujours heureuse. Il y a des individus chez lesquels cette maladie, loin de perdre de son intensité, et malgré les moyens de traitement les plus énergiques, va toujours croissant; les signes qui annoncent la résolution n'apparaissent pas, le délire est continuel; le pouls s'affaiblit, devient irrégulier, fréquent; des frissons se font sentir de temps en temps; la douleur se dissipe ou persiste, mais moins vive; la dyspnée augmente, la face est pâle : tous ces signes annoncent le travail de suppuration; et quand elle s'est effectuée, le malade meurt suffoqué par le pus infiltré dans le poumon. Rarement la mort survient dans l'engouement inflammatoire, à moins pourtant qu'il n'ait une très-grande étendue; le plus souvent les malades succombent dans le second ou le troisième degré. La présence des signes de la gangrène n'indique pas toujours une mort certaine; *Laennec* dit avoir vu la guérison survenir dans le cas où des excavations gangréneuses avaient été manifestement reconnues.

Variétés de la pneumonie.

Toutes les formes de la pneumonie peuvent être comprises dans les six variétés suivantes :

Première variété. Elle est relative au siége (pneumonie vésiculaire, pneumonie lobulaire, pneumonie globulaire, pneumonie hypostatique).

Deuxième variété. Elle est relative aux symptômes caractéristiques (pneumonie avec tous les symptômes caractéristiques).

Troisième variété. Pneumonie avec absence d'un des signes caractéristiques.

Quatrième variété. Pneumonie avec signes rationnels seulement.

Cinquième variété. Elle est relative aux âges (pneumonie des enfans, pneumonie des vieillards).

Sixième variété. Elle est relative aux complications (pneumonie bilieuse, etc. etc.).

J'exposerai brièvement les caractères propres à la *pneumonie des enfans* et à celle *des vieillards*, me réservant de décrire, immédiatement après, avec quelques détails, la *pneumonie bilieuse.* Je dirai quelques mots aussi d'une nouvelle forme, que M. *Piorry* a très-bien décrite, et à laquelle il a donné le nom de *pneumonie hypostatique.*

M. *Andral* a donné une excellente description de la pneumonie des enfans et de celle des vieillards. La première est très-commune, et n'est souvent annoncée que par des signes très-obscurs. En effet, les enfans ne crachent pas, ils avalent le produit de l'expectoration ; les renseignemens fournis par la percussion sont fréquemment nuls ; cependant, avec un peu de soin, on parvient à reconnaître que la so-

noréité est moindre du côté malade; l'oreille, appliquée sur cette partie, entend faiblement le râle crépitant, mêlé parfois à du râle muqueux; il arrive souvent que la dyspnée manque totalement. Rarement la pneumonie arrive au second ou au troisième degré chez les enfans. A l'ouverture du corps, on trouve, dans la plupart des cas, le poumon engoué, plus ou moins ramolli. On voit souvent, à cet âge, la pneumonie survenir dans le cours de la coqueluche et des fièvres éruptives.

Chez les vieillards, la pneumonie diffère, dans un grand nombre de cas, de celle des adultes, par sa gravité plus considérable, par sa marche plus rapide, et par l'état de prostration dans lequel ils tombent dès le début. Assez souvent les symptômes locaux sont obscurs, un râle muqueux très-fort voile en partie le râle crépitant. Mais nous reviendrons sur ces phénomènes, en parlant de la pneumonie hypostatique, qui est presque exclusivement l'apanage de la vieillesse.

« Les péripneumonies bilieuses, adynamiques, ne peuvent guère être considérées comme des maladies compliquées deux à deux, lorsqu'elles commencent simultanément, et qu'elles ne sont susceptibles d'être guéries que par des moyens spéciaux, comme l'émétique, les purgatifs, etc. La pneumonie bilieuse est bien une maladie complexe, si l'on veut, mais qu'il est nécessaire d'admettre pour le traitement. » (Dict. des sc. méd., t. XLIII, page 404.)

Un grand nombre d'auteurs ont décrit des péripneumonies bilieuses : parmi les plus anciens, je citerai *Cœlius Aurelianus*, *Alexandre de Tralles* et *Baillou*. Tous se sont servis avec beaucoup de succès des purgatifs, abandonnant, dans ce cas, les émissions sanguines, qui ne faisaient qu'exaspérer les symptômes de la maladie. Plusieurs épidémies de pneumonies bilieuses ont existé dans les siècles derniers; elles ont été décrites avec soin par des hommes connus dans la science : *Marteau de Grandvilliers* parle d'une semblable épidémie, qui eut lieu en 1750; *Sauvages* nous a laissé l'histoire de celle qu'il eut occasion de voir en 1753; nous trouvons dans les écrits de *Colombier* la description d'une épidémie de pneumonie bilieuse, qui arriva

en 1758; enfin, le célèbre *Stoll* a tracé, en 1776 et 1777, de la manière la plus précise, les caractères de cette maladie.

Malgré les témoignages imposans de ces grands maîtres, l'existence de la pneumonie bilieuse a été vivement contestée. Aujourd'hui, nous sommes encore à nous demander si cette forme de la phlegmasie du poumon doit être admise : la solution d'une question aussi importante ne peut être fournie que par l'observation. Or, chaque jour de nouveaux faits viennent déposer en faveur des doctrines de *Stoll* et de ses prédécesseurs. Ceux qui ne reconnaissent pas de péripneumonies bilieuses expliquent les phénomènes qu'on observe du côté des voies digestives par l'état d'irritation de ces parties; mais il est bien évident que s'il existait un commencement d'inflammation de l'estomac ou de l'intestin, elle devrait être augmentée par l'administration d'un émétique ou d'un purgatif. Assurément, rien de semblable n'arrive; et tous ceux qui ont employé ces moyens dans les cas dont il s'agit ont vu presque constamment la pneumonie disparaître sous leur influence, sans que l'estomac ni aucune autre partie du tube digestif en fussent altérés. Nous verrons plus loin que la pneumonie bilieuse diffère de la pneumonie simple, non-seulement par ses symptômes, mais encore par les moyens thérapeutiques qu'elle réclame. Voici les principaux traits qui la caractérisent : indépendamment des phénomènes ordinaires de l'inflammation du poumon, on remarque que la face est jaune ou jaune-verdâtre, que la bouche est sans goût, ou bien amère et pâteuse; que la langue est sale, recouverte d'un enduit jaune et épais; la soif est peu vive; il y a du dégoût pour les alimens; le ventre est souple et indolent, quelquefois tendu et légèrement douloureux à la région de l'estomac : sur sept individus affectés de pneumonie bilieuse, deux ont accusé un sentiment de gêne à l'épigastre; les malades ont des rapports amers; les selles sont rares, quelquefois fréquentes et liquides : trois des sept malades dont je viens de parler avaient un dévoiement assez abondant. Je regrette de ne pouvoir donner plus de développemens à ce sujet, mais je suis obligé de me resserrer dans les limites étroites que m'impose une thèse.

Enfin, il me reste à énumérer les caractères propres à la pneumonie hypostatique ; cette dernière forme, dit M. *Piorry*, est bien souvent prise pour des bronchites : elle siége presque toujours à la racine des poumons, et dans les cinq sixièmes des cas elle occupe le poumon droit. Elle reconnaît pour causes la pesanteur des liquides, le décubitus dorsal prolongé, la vieillesse, tous les accidens qui forcent à conserver long-temps la même attitude, tout obstacle à la circulation, tout ce qui peut gêner la respiration, etc., etc... Les symptômes sont obscurs ; la dyspnée, la toux et les crachats peuvent manquer complètement ; la percussion fait reconnaître de la matité ; il n'y a aucun râle ; la respiration est faible ou nulle dans le point malade ; la voix résonne légèrement ; quelquefois il y a de l'égophonie. Ces phénomènes appartiennent au premier degré ; quand la maladie est arrivée au second degré, la respiration s'accélère, la toux est petite, les crachats variables en couleur ; le pouls a de la dureté, il est fréquent ; les pommettes sont rouges ; la peau est chaude, parfois recouverte d'une sueur visqueuse ; quelques malades vomissent par les efforts de la toux ; souvent il y a de l'assoupissement ; la matité est plus prononcée ; on entend les râles muqueux, crépitant, sibilant, etc. ; l'écume bronchique peut alors amener la mort par asphyxie. Si la maladie continue, les symptômes précédens prennent plus d'intensité, les râles disparaissent ; les lèvres et les dents deviennent fuligineuses ; les crachats jus de pruneaux manquent souvent. La marche est lente, la durée variable, le diagnostic souvent difficile, et le pronostic très-grave.

Diagnostic.

Le diagnostic de la pneumonie ne présente ordinairement aucune difficulté ; on reconnaîtra toujours cette maladie aux signes suivans : toux, expectoration de crachats visqueux, sanguinolens ; dyspnée, douleur sourde, modification du bruit respiratoire. Mais il s'en faut bien que ces symptômes se trouvent constamment réunis : un seul ou plusieurs peuvent manquer ; et d'ailleurs quelques-uns d'entre eux

se rencontrent dans d'autres affections : telles sont la bronchite aiguë, la pleurésie, l'œdème des poumons, la péricardite et la cardite. Établissons les caractères qui distinguent toutes ces maladies de l'inflammation du poumon.

M. *Broussais* a fait remarquer que le catarrhe aigu du poumon n'entraîne pas un désordre violent dans la circulation, tandis que celle-ci est fortement troublée dans la pneumonie; au reste, dans le catarrhe pulmonaire, les crachats sont composés de mucus non visqueux, sans mélange de sang, et le râle muqueux est très-prononcé. On distingue la pneumonie de l'inflammation de la plèvre à l'égophonie, qui dans cette dernière maladie existe au début, et plus tard à l'absence de tout bruit respiratoire ; quelquefois la poitrine est dilatée, dans le cas d'épanchement séreux. L'œdème du poumon est caractérisé par un râle plus humide et à grosses bulles ; jamais il ne s'accompagne de phénomènes généraux semblables à ceux de la pneumonie. On ne peut non plus confondre la péricardite ni la cardite avec la pneumonie ; le siége de la douleur, l'absence du bruit respiratoire là où elle existe, doivent prévenir toute erreur. Il n'est guère possible de prendre une hépatite pour une pneumonie, car lorsque le foie est enflammé, la respiration est pure ; une douleur augmentant par la pression se fait sentir à l'hypochondre droit, et se propage souvent à l'épaule du même côté. Assez souvent on méconnaît la pneumonie des agonisans, celle qui n'occupe que quelques lobules, celle des enfans et des vieillards.

Prognostic.

Il est très-sérieux dans tous les cas ; cependant l'âge des individus, leur constitution, l'étendue et le degré de la maladie, l'intensité des symptômes, sont autant de conditions qui en font varier la gravité. Relativement aux âges, on sait que la pneumonie est plus funeste aux enfans et aux vieillards qu'aux adultes : M. *Chomel* a trouvé que sur soixante-dix-neuf pneumoniques, il en est mort trois sur trente-

trois, de l'âge de dix-huit à trente ans; deux sur neuf, de trente à quarante ans; cinq sur onze, de quarante à cinquante ans ; huit sur quinze, de cinquante à soixante ans; quatre sur huit, de soixante à soixante-dix ans; et enfin trois sur trois, de soixante-dix à quatre-vingt-dix ans. Il est presque inutile de dire que la maladie offrira moins de danger chez les sujets qu'elle aura surpris en bonne santé que chez ceux d'une constitution délicate, d'une santé toujours chancelante. Il est évident aussi qu'elle donnera d'autant plus de craintes qu'elle occupera une plus grande partie du poumon, et qu'elle aura atteint un degré plus avancé. De toutes les formes que peut affecter la pneumonie, celle qui se termine par gangrène est la plus dangereuse ; l'issue de la maladie donnera d'autant plus d'inquiétudes que les symptômes locaux auront plus d'intensité ; les crachats couleur jus de pruneaux et ceux d'une odeur fétide sont d'un très-mauvais augure. Lorsqu'un dévoiement opiniâtre survient, que le malade est continuellement en délire, le prognostic est très-grave ; il est très-grave aussi lorsque le pouls a plus de cent quarante mouvemens par minute, quand d'autres affections viennent compliquer la pneumonie, et enfin dans le cas où les symptômes résistent à tous les traitemens qu'on leur oppose.

Traitement.

Bordeu recommande d'abandonner à eux-mêmes les individus affectés de phlegmasie pulmonaire, et d'attendre tout des forces de la nature ; ce précepte est essentiellement dangereux et en opposition avec les faits. En effet, si la pneumonie, dans quelques cas, a pu se terminer d'une manière heureuse sans les secours de l'art, il est une foule de malades chez lesquels la terminaison de la maladie eût été funeste s'ils eussent été confiés aux seuls efforts de la nature. Les médecins s'accordent aujourd'hui à reconnaître que de toutes les inflammations, la pneumonie est celle qui nécessite le traitement le plus énergique ; on sait aussi qu'elle est l'une de celles qui cèdent le plus

facilement aux moyens à l'aide desquels on les combat. Cela posé, étudions ces moyens, et examinons leurs avantages, les cas où ils conviennent et ceux où ils doivent être rejetés.

Au premier rang, nous devons placer les émissions sanguines. Pendant long-temps elles ont été le seul mode de traitement mis en usage contre la pneumonie. Dans ces derniers temps, elles ont été remplacées par d'autres moyens, dont il sera question plus bas. Il n'est pas de maladies où elles aient été faites aussi largement et en aussi grand nombre que dans l'inflammation du poumon. Elles auront d'autant plus d'influence qu'elles seront pratiquées à une époque plus rapprochée de l'invasion. Dans quelques cas, leur action est soudaine; les malades sentent qu'en même temps que le sang coule les symptômes diminuent d'intensité: cette amélioration dure quelque temps, plusieurs heures; après quoi les accidens reparaissent le plus souvent avec toute leur gravité.

Les émissions sanguines sont loin d'avoir toujours le même mode d'action : elles peuvent enlever la maladie brusquement, diminuer successivement les symptômes, ou n'amener aucune modification ; il est aussi des cas où elles sont nuisibles. M. *Louis* prétend qu'il est impossible de *juguler* complètement une pneumonie, quelle que soit l'époque à laquelle les saignées soient mises en usage ; cependant ce cas n'est pas sans exemple ; on trouve plusieurs faits semblables dans les auteurs ; et pour mon compte, j'affirme avoir vu deux fois tous les symptômes disparaître comme par enchantement sous l'influence de ce moyen : le premier sujet avait été saigné le second jour de la maladie, et le second, le premier jour ; chez l'un et l'autre, la quantité de sang tirée était de vingt onces ; dans les deux cas, la toux, la dyspnée, la douleur, les crachats rouillés, le râle crépitant, etc., ne permettaient pas de méconnaître la nature de la maladie. L'observateur distingué dont je viens d'émettre l'opinion a donc eu tort d'avancer qu'il est impossible d'arrêter subitement la marche de la pneumonie. Il est vrai que dans la plupart des cas la maladie a une période d'accroissement dont la durée est de plusieurs jours, et

pendant laquelle les saignées ne sont suivies que d'une rémission à peine sensible.

Pendant long-temps on a discuté sur le choix de la veine qu'il convenait le mieux d'ouvrir. *Barthez* conseillait de pratiquer la saignée quelquefois loin de la poitrine, dans le commencement d'une fluxion inflammatoire, et communément au bras du côté opposé au siége de la douleur; dans la période d'accroissement et dans celle où la maladie reste stationnaire, il recommandait qu'on ouvrît la veine du bras du côté malade. Depuis long-temps on a reconnu l'inutilité de ces précautions : on saigne la veine qui peut fournir le plus de sang. Cependant l'ouverture des veines du bras est préférable à toute autre. M. *Husson* s'est bien trouvé de la piqûre simultanée des veines de l'un et l'autre bras; avant lui, *Arétée* et *Huxham* avaient employé cette méthode avec avantage.

On ne peut guère déterminer d'une manière générale le nombre de saignées qu'il est nécessaire de pratiquer pendant le cours d'une pneumonie; il en est de même de la quantité de sang que l'on doit tirer chaque fois. La première saignée doit être large, de douze à seize et même vingt onces. Plusieurs auteurs ont donné le conseil de laisser couler le sang jusqu'à la syncope: il me semble inutile d'avoir recours à cette pratique, qui d'ailleurs pourrait avoir de graves inconvéniens dans plus d'un cas. En général, il faut faire, dans le cours d'une pneumonie, de trois à cinq saignées; elles seront relatives aux forces des malades et à la gravité des symptômes. On les répètera d'autant plus fréquemment, et elles seront d'autant plus abondantes que la dyspnée sera plus considérable, que les crachats présenteront une teinte rouillée plus marquée, et que la fièvre sera devenue plus forte. Quelques médecins ont l'habitude de saigner leurs malades trois fois le premier jour. *Sydenham* avait voulu fixer d'une manière approximative la quantité de sang qu'il convient de tirer dans une pneumonie : on conçoit facilement l'impossibilité d'une pareille mesure.

Il n'y a rien de fixe relativement à l'époque de la maladie à laquelle

il faut abandonner les saignées. *Pringle* dit qu'il faut s'en abstenir toutes les fois que les crachats sont mêlés de sang; quelques médecins craignent d'ouvrir la veine lorsque les crachats se suppriment; c'est quand le poumon est hépatisé que d'autres refusent d'employer ce moyen : dans ce cas, cependant, il ne faut pas le rejeter absolument. La petitesse, la concentration, la mollesse du pouls, sont autant de signes qui contre-indiquent le plus souvent la saignée. Il y a des médecins qui pensent que la saignée est nuisible aux individus en sueur; pourtant, si dans cet état les symptômes la réclamaient, il ne faudrait pas hésiter à la pratiquer. Il est des circonstances où il faut encore saigner, bien que le malade paraisse débilité; *Stoll* pratiqua avec succès et en peu de temps huit saignées à un individu qui était dans un état de prostration assez considérable. Les saignées ne conviennent pas, dans le cas de pneumonie bilieuse, avant qu'on ait fait vomir le malade; et si alors on avait ouvert la veine dès le début de la maladie, on ne devrait pas renouveler la saignée, dans le cas où le sang ne se prendrait pas en caillot. *Lepecq de la Clôture* et *Stoll* ont signalé les inconvéniens de la saiguée dans la péripneumonie bilieuse. Pendant long-temps on a hésité à saigner les jours critiques de l'inflammation pulmonaire : aujourd'hui personne ne tient compte de cette considération. La présence des règles ou des lochies, chez les femmes, ne peut s'opposer à la saignée, lorsque le cas est pressant, comme l'ont fait observer *Dehaën* et *Frank*.

Il faut saigner les enfans et les vieillards toutes les fois que la gravité de la maladie l'exige et que l'ouverture de la veine est possible. M. *Guersent* fait usage de ce moyen à l'hôpital des Enfans; il tire de deux à six onces de sang, suivant l'âge du sujet. Dans le cas où la veine ne peut être atteinte par la lancette, on aura recours à de nombreuses applications de sangsues sur la poitrine. L'observation a aussi démontré qu'on ne devait pas exclusivement s'abstenir de saigner les vieillards. On trouve dans les ouvrages de *Frank* l'observation d'un octogénaire auquel neuf saignées furent pratiquées avec succès pendant le cours d'une pneumonie grave.

Indépendamment de la saignée générale, on emploie encore les sangsues, dont on peut retirer de bons effets; on les applique sur la poitrine, lorsque le malade y éprouve une douleur aiguë, pongitive et superficielle. Dans le cas où la pneumonie est due à la suppression d'une hémorrhagie habituelle, les sangsues seront placées le plus près possible du lieu par lequel l'écoulement de sang avait lieu.

En même temps qu'on fait usage des émissions sanguines, on applique des cataplasmes émolliens sur la poitrine, ou bien on conseille des fomentations de même nature. Quelques médecins prescrivent des frictions sèches, ou avec une huile volatile, sur les extrémités inférieures. Les bains, quoique rarement employés, ne peuvent être nuisibles. On donne encore comme précepte de faire respirer aux malades des vapeurs émollientes ou excitantes dans le cas de dyspnée considérable. A l'intérieur, on administre des boissons douces, mucilagineuses, des potions gommeuses, une infusion de fleurs de violette, de mauve, de bouillon blanc, des quatre fleurs pectorales, l'eau gommée, une décoction légère de jujubes; toutes ces préparations seront édulcorées avec un sirop agréable : celui de gomme arabique est le plus employé; on peut y ajouter le sirop diacode ou bien quelques gouttes de laudanum, de thridace, lorsque le malade est agité et qu'il ne dort pas; on peut lui permettre un peu d'eau pure, dans le cas où il le désire fortement. Les boissons seront prises fréquemment et en petite quantité chaque fois. Il sera recommandé aux malades de se tenir immobiles dans leur lit, la tête suffisamment élevée; M. *Piorry* fait varier souvent les positions des individus affectés de pneumonie hypostatique. Dans tous les cas, ils seront soumis à une diète absolue jusqu'à ce que leur état leur permette quelques cuillerées de bouillon; il ne faudrait cependant pas les priver de toute nourriture si la maladie se prolongeait très-loin.

Il peut arriver, malgré l'emploi de ces moyens, que la pneumonie reste stationnaire ou qu'elle fasse de nouveaux progrès, sans qu'il soit possible de recourir à de nouvelles saignées. C'est alors le cas de faire usage des révulsifs tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. M. *Louis* rejette

entièrement l'emploi des épispastiques du traitement des phlegmasies du poumon ; il pense que les vésicatoires ne peuvent que prolonger la durée de la maladie, et augmenter l'intensité du mouvement fébrile par les *phénomènes secondaires* auxquels donne lieu leur application sur la poitrine. Lorsqu'on les emploie dès le début, les vésicatoires peuvent bien produire une excitation assez violente pour accroître le trouble de la circulation et réagir d'une manière fâcheuse sur la pneumonie ; mais à l'époque où les saignées ne peuvent plus être d'aucun secours, leur application n'a plus cet inconvénient, et ils ne produisent alors qu'une révulsion favorable. Quelques médecins ne s'en servent que quand la maladie est sur le point de passer à l'état chronique. On doit y avoir recours lorsque le pouls est faible, la face pâle, lorsque la dyspnée est très-grande, après de copieuses saignées, ou quand le malade est tombé dans un affaiblissement considérable.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le lieu où il faut appliquer les vésicatoires ; *Stoll* les plaçait sur la poitrine ; M. *Lerminier* les fait mettre d'abord aux jambes ; plus tard il les remplace par d'autres qu'il applique aux cuisses ; enfin il les fait porter sur les parois thoraciques lorsqu'il reconnaît que la maladie passe à l'état chronique. (*Andral*, Clin. méd.) Un vésicatoire au bras, au commencement de la convalescence, peut faciliter la résolution de la pneumonie. *Barthez* ne se servait de vésicatoires sur la poitrine que lorsque la péripneumonie s'annonçait comme devant être d'une nature gangréneuse. M. *Chomel* conseille de larges vésicatoires sur le point de la poitrine correspondant à la douleur : cette dernière méthode est la plus généralement répandue.

Plusieurs praticiens administrent, conjointement avec les vésicatoires, quelques laxatifs légers, les boissons dites *expectorantes* ou *résolutives*, telles que la décoction de polygala-seneca, l'infusion d'aunée, de lierre terrestre, les infusions aromatiques. On emploie avec avantage le kermès, à la dose de huit à quinze grains, dans une potion de quatre onces. Quelques auteurs prescrivent les toniques :

Frank a administré le camphre avec succès. Ces moyens, dit M. *Andral*, seront utiles dans le cas où l'inflammation ayant disparu, le poumon reste le siége d'un engorgement sanguin ou séreux évidemment passif.

Stoll a vanté avec raison la méthode vomitive : elle a été employée avec des succès remarquables dans le cas de pneumonie bilieuse. Après lui, *Dumangin*, médecin à la Charité, *Mongenot*, médecin des Enfans malades, et le célèbre *Corvisart*, ont administré le tartre stibié à dose vomitive avec de grands avantages. *Bayle* donnait aussi l'émétique au début de la pneumonie, mais seulement dans le cas où elle revêtait la forme bilieuse : il avait remarqué que ce médicament a la propriété d'abréger la durée de cette maladie. L'expérience a démontré plus d'une fois à M. *Andral* l'heureuse influence des vomitifs dans le cas de pneumonie bilieuse. Après quelques vomissemens, les malades se trouvent sensiblement soulagés; l'oppression diminue considérablement ou disparaît tout à fait; le râle crépitant se dissipe peu à peu ou d'une manière brusque ; les crachats perdent leurs caractères pneumoniques ; les accidens propres à l'estomac sont enlevés ou sensiblement diminués ; la gêne épigastrique cesse de se faire sentir ; en même temps le pouls perd de sa fréquence et la chaleur de la peau se rétablit comme à l'état de santé. Dans quelques cas, il faut avoir recours à un second et à un troisième vomitif, donné à quelques jours d'intervalle. *Stoll* dit n'avoir jamais eu à se louer de l'usage des purgatifs dans les péripneumonies bilieuses.

Ces moyens ne sont pas les seuls qui soient employés dans le traitement de la pneumonie. Dans ces derniers temps, une nouvelle méthode, encore observée par quelques médecins, a beaucoup occupé le corps médical ; je veux parler de la méthode contro - stimulante. Un grand nombre de médicamens ont été employés tour à tour comme contre-stimulans : parmi ceux dont l'usage a été le plus répandu, on remarque la digitale, l'acide prussique, la scille et les préparations d'antimoine. De tous ces remèdes, les antimoniaux sont les seuls qui jouissent maintenant de quelque crédit; les autres sont

complètement abandonnés. Le kermès, que les Italiens ont donné à la dose d'un gros en vingt-quatre heures, et auquel ils avaient reconnu une grande puissance contre la phlegmasie du poumon, a été remplacé successivement par l'émétique à haute dose, puis par l'oxyde blanc d'antimoine.

Razori est le premier qui ait osé porter le tartre stibié à la dose d'un scrupule à un gros en vingt-quatre heures. On se figure sans peine avec quelle méfiance les premiers résultats du médecin de Milan durent être accueillis : les uns crurent que le médicament était mal préparé ; d'autres pensèrent que les malades ne le prenaient pas assidument ; cependant force fut bientôt aux incrédules de reconnaître l'exactitude des faits qui ne tardèrent pas à se multiplier dans toute l'Italie.

Les nombreuses observations de *Razori* l'ont porté à croire que l'*aptitude* de l'organisme vivant à supporter des doses aussi effrayantes de tartre stibié n'appartenait qu'à son état morbide. Malgré les nombreux succès qu'il obtenait de cette méthode, *Razori* n'abandonnait pas entièrement l'usage de la saignée, parce qu'il avait observé que dans beaucoup de cas la pneumonie marchait si rapidement, que le tissu pulmonaire était menacé de destruction : cette circonstance l'obligeait à employer simultanément les moyens les plus actifs. Il avait reconnu aussi que la saignée doit avoir la préférence lorsque le temps est précieux, et qu'il faut agir promptement. Il commençait ordinairement par faire prendre douze grains d'émétique par jour, dans deux livres de véhicule : la dose était la même pour la nuit ; il allait toujours en augmentant jusqu'à ce que la maladie eût perdu de son intensité ; si la pneumonie avait déjà fait des progrès, il donnait d'abord un demi-gros, puis un gros, et quelquefois plus, selon l'état morbide. Les résultats de *Razori* sont tout en sa faveur ; si on considère en masse la mortalité dans sa pratique, on voit qu'elle est d'un peu plus de cinq pour cent dans la clinique civile, et que dans la clinique militaire elle ne monte pas jusqu'à trois décès sur cent malades.

Plus absolu que *Razori*, M. *Peschier* de Genève a rejeté les émissions sanguines dans tous les cas, pour ne donner exclusivement que le tartre stibié, et il dit n'avoir pas perdu un seul de ses malades. Le mode d'administration employé par ce praticien consistait à donner six, douze et quinze grains d'émétique dans une potion de six onces, prise par cuillerées à soupe, de deux en deux heures. Chez la plupart des malades soumis à ce traitement, la pneumonie n'a pas duré plus de huit jours.

Laennec avait à peine entendu parler de la pratique de *Razori*, lorsqu'il commença à faire usage du tartre émétique à doses élevées. Toutes les fois que l'état du malade le permettait, *Laennec* avait l'habitude de faire pratiquer d'abord une saignée de quatre palettes; rarement il renouvelait l'ouverture de la veine. Immédiatement après, il administrait un grain d'émétique dans un demi-verre d'infusion de feuilles d'oranger édulcorée; il faisait répéter la même dose de deux en deux heures jusqu'à ce que le malade en eût pris six grains. Si la maladie était avancée, il continuait à donner le médicament jusqu'à ce que les symptômes se fussent amendés. Plusieurs de ses malades n'avaient aucune évacuation par haut ni par bas; d'autres, en plus grand nombre, avaient deux ou trois vomissemens et cinq ou six selles le premier jour : ces accidens diminuaient ou cessaient les jours suivans. Une fois la *tolérance* établie, les malades étaient souvent constipés. Quand l'émétique était difficilement supporté, *Laennec* ajoutait une ou deux onces de sirop diacode à chaque dose de vingt-quatre heures. Tout le monde connaît les avantages qu'a retirés *Laennec* de cette méthode. Son parent, M. *Amb. Laennec* de Nantes, n'a pas été moins heureux que lui dans ses essais sur l'émétique à haute dose.

La science possède encore un très-grand nombre de faits constatant l'influence du tartre stibié sur la pneumonie aiguë. Parmi ceux des médecins dont les résultats nous sont connus, je dois citer MM. *Bang*, professeur à Copenhague, *Guersent*, *Palais*, médecin à Bonneval, et le docteur *Wolff* de Varsovie.

M. *Louis* emploie la méthode contro-stimulante à l'hôpital de la Pitié; mais il n'a recours à cette médication qu'après avoir reconnu l'insuffisance des émissions sanguines. Sur seize malades, traités par ce praticien depuis trois ans, quatorze eurent la diarrhée, et douze des vomissemens; ces accidens disparurent en peu de temps. M. *Louis* a remarqué que deux jours après l'emploi du tartre stibié, une amélioration eut lieu treize fois sur quinze. Les doses auxquelles il porte ce médicament sont de six, huit, douze et même dix-huit grains dans une potion aromatique, à laquelle il ajoute souvent une once de sirop diacode ou un grain d'extrait gommeux d'opium.

Après l'exposition de ces faits, je dois dire ce que j'ai vu moi-même. Quinze malades affectés de pneumonie aiguë, et traités par l'émétique à haute dose, ont été soumis à mon observation; sur ce nombre, six ont été saignés une fois avant l'emploi du médicament, les neuf autres n'ont pris que l'émétique : la dose était de six à douze grains par jour, dans un demi-pot d'infusion de feuilles d'oranger. Dans onze cas, l'inflammation n'avait pas été au-delà du premier degré; chez les quatre autres individus, l'hépatisation avait été bien constatée; deux de ces derniers ont succombé, tous deux avaient été saignés. La guérison a donc eu lieu treize fois; et sur ces treize cas la maladie a duré sept fois de six à huit jours, trois fois de huit à onze jours, deux fois de onze à dix-sept jours; et enfin, dans un cas, elle ne s'est terminée que le vingtième jour.

De tous ces faits, il résulte que le tartre stibié est un bon moyen à employer contre la pneumonie, et qu'il peut être administré avec autant de chances de succès que le grand nombre de médicamens dont on se sert tous les jours.

On a reproché au tartre antimonié de potasse, donné aux doses indiquées ci-dessus, de provoquer, dans un grand nombre de cas, des accidens plus ou moins graves : essayons d'apprécier à leur juste valeur les inconvéniens de ces différens modes d'administration. Et d'abord, qu'observe-t-on du côté des voies digestives? Chez plusieurs individus elles restent intactes; la langue est blanche, les selles sont

ordinaires et le ventre est complètement indolent ; d'autres éprouvent de fréquentes nausées, et quelques vomissemens peu intenses ; quelques-uns ont seulement deux ou trois selles, soit seules, soit accompagnées de vomissemens. Mais les accidens peuvent être plus sérieux : la langue est quelquefois rouge, sèche, la soif vive, le ventre ballonné ; des vomissemens fréquens tourmentent les malades : tous ces symptômes ne cessent que par la suppression de l'émétique. Si on persiste à le donner, la langue devient noire, le ventre se tend ; les malades offrent tout le cortége des symptômes adynamiques. Quelques médecins disent avoir vu des individus succomber à une inflammation aiguë de la muqueuse digestive, par suite de l'emploi de l'émétique à haute dose. Mais il est satisfaisant de faire remarquer que ces derniers cas sont infiniment rares, à côté de ceux où la digestion n'éprouve aucun désordre ou est légèrement troublée. Les altérations qu'on trouve après la mort dans le tube digestif sont très-variables : le plus souvent on n'a rencontré aucune lésion ; d'autres fois les follicules de *Brunner* sont très-développés, la membrane muqueuse est parsemée d'arborisations nombreuses.

On ne connaît pas trop l'influence du tartre stibié sur la circulation : les uns veulent qu'elle soit ralentie ; d'autres soutiennent qu'elle est accélérée ; ce qui a été mieux constaté, c'est l'augmentation de la chaleur cutanée. L'innervation reste le plus souvent intacte, rarement il y a un malaise général, et quand parfois il existe, il est dû à la fréquence et à l'intensité des nausées. On croit généralement que la transpiration de la peau est activée par l'usage de l'émétique.

Il ne me reste, pour terminer ce qui a rapport à la thérapeutique de la pneumonie, qu'à parler de l'oxyde blanc d'antimoine. MM. *Trousseau* et *Bonnet* ont publié, dans les numéros 132 et 138 du tome IX du *Journal hebdomadaire*, un Mémoire dans lequel ils exposent les avantages qu'ils ont retirés de cette préparation. Sur cinquante-huit individus frappés de pneumonie aiguë et traités par l'antimoine, MM. *Trousseau* et *Bonnet* n'ont perdu que deux malades, dont une femme de soixante-onze ans, entrée à l'hôpital le onzième

jour de la maladie, et un homme de quarante ans, entré le cinquième jour de la maladie. Voici les modifications qu'apporte dans la phlegmasie du poumon l'emploi de cette méthode.

MM. *Trousseau* et *Bonnet* ont vu l'expectoration péripneumonique disparaître quarante-huit heures après le commencement de l'administration de l'antimoine, chez trente-quatre individus sur trente-six. La fréquence et la force du pouls ont diminué rapidement; la chaleur de la peau a disparu ordinairement après deux jours de traitement. Les mouvemens respiratoires diminuaient généralement d'un quart dans le cas où les battemens du pouls diminuaient de la moitié. MM. *Trousseau* et *Bonnet* assurent qu'ils n'ont jamais vu la résolution marcher aussi rapidement que sous l'influence de l'antimoine. Tous les malades sentaient leur soif diminuer en même temps que la fièvre et la chaleur de la peau ; l'appétit revenait le second ou le troisième jour de l'administration du médicament. Cinq des cinquante-huit malades traités par l'antimoine avaient été saignés avant leur entrée à l'hôpital : chez eux la guérison a été plus lente.

Le mode d'administration était le suivant : le premier jour, les femmes et les adolescens prenaient un gros d'oxyde blanc d'antimoine; les adultes et les vieillards, un gros et demi; le lendemain, la dose était augmentée de moitié en sus. Lorsque le mouvement fébrile avait disparu, on diminuait tous les jours d'un quart, à mesure qu'on augmentait la quantité d'alimens.

MM. *Sanson* aîné et *Martin* ont constaté plusieurs fois l'efficacité de cette médication. A l'hôpital de la Pitié, M. *Andral* administre l'oxyde blanc d'antimoine dans un grand nombre de maladies, et surtout dans la pneumonie aiguë, après avoir fait saigner les malades; plusieurs fois, j'ai vu sa pratique couronnée d'un plein succès.

PROPOSITIONS.

I.

L'émétique à haute dose est un remède puissant contre la pneumonie aiguë.

II.

Dans cette maladie, le tartre stibié peut être donné sans inconvéniens dans la grande majorité des cas.

III.

Administré aux doses indiquées plus haut, il n'exaspère pas les symptômes de la maladie.

IV.

Beaucoup de pneumonies légères, soit simples, soit bilieuses, ont guéri pendant que le tartre stibié était administré.

V.

Plusieurs pneumonies graves ont guéri pendant l'administration de ce médicament, et sans émissions sanguines.

VI.

Un grand nombre de pneumonies encore graves ont guéri en même temps qu'on les traitait à la fois par l'émétique et par les saignées.

VII.

Beaucoup de pneumonies graves, traitées d'abord par les saignées, ont continué à faire des progrès, et se sont amendées aussitôt l'emploi du tartre émétique.

FIN.